



СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ  
**СОЛИДАРНОСТЬ**

665835, Иркутская обл., г. Ангарск, 7 м/район, 15, а/я 2092 • тел./факс: (3955) 67-17-05  
e-mail: solidsk@bk.ru • www.solidsk.ru • ИНН 3801013896 / КПП 380101001

УТВЕРЖДЕНО

Приказом № 18 от 08.06.2020г.

Генеральный директор

/Жигалова А.С.



ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

г. Ангарск

## СОДЕРЖАНИЕ:

|                                                                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Общие положения. Субъекты страхования.....</b>                                                                                    | <b>3</b>  |
| <b>2. Объект страхования.....</b>                                                                                                       | <b>4</b>  |
| <b>3. Страховые случаи и страховые риски.....</b>                                                                                       | <b>4</b>  |
| <b>4. Страховая сумма. Страховой тариф. Страховая премия (страховой взнос). Франшиза....</b>                                            | <b>8</b>  |
| <b>5. Договор страхования. Порядок его заключения, исполнения, прекращения, Внесения дополнений и изменений. Срок страхования. ....</b> | <b>11</b> |
| <b>6. Права и обязанности сторон по договору страхования.....</b>                                                                       | <b>21</b> |
| <b>7. Взаимоотношения сторон при наступлении страхового случая. ....</b>                                                                | <b>27</b> |
| <b>8. Ответственность сторон .....</b>                                                                                                  | <b>29</b> |
| <b>9. Порядок рассмотрения споров.....</b>                                                                                              | <b>30</b> |
| <b>Приложение 1. Программа добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов.....</b>                                           | <b>31</b> |
| <b>Приложение 2. Базовые страховые тарифы по добровольному медицинскому страхованию трудовых мигрантов .....</b>                        | <b>37</b> |
| <b>Приложение 3. Образец полиса добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов.....</b>                                      | <b>39</b> |
| <b>Приложение 4. Образец заявления на страхование .....</b>                                                                             | <b>41</b> |

## **1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**

**1.1.** В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, Законом Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации, Указанием Банка России от 13.09.2015 № 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности», и настоящими Правилами добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее – Правила страхования или Правила) Акционерное общество «Страховая Компания «СОЛИДАРНОСТЬ» (АО «Страховая компания «СОЛИДАРНОСТЬ») (далее – Страховщик) заключает Договоры добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее – договор страхования или договор) с юридическими лицами любых организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством Российской Федерации, индивидуальными предпринимателями и дееспособными физическими лицами (далее – Страхователи).

**1.2.** Субъектами страхования являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо.

Страховщик – Акционерное общество «Страховая Компания «СОЛИДАРНОСТЬ».

Страхователь – дееспособное физическое лицо, индивидуальный предприниматель или юридическое лицо любой организационно-правовой формы.

Застрахованные лица – иностранные граждане и лица без гражданства, прибывшие в Российскую Федерацию и намеревающиеся осуществлять или осуществляющие трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (трудовые мигранты).

**1.3.** Договор страхования заключается в пользу Застрахованных лиц, названных в Договоре страхования.

**1.4.** Договор страхования является письменным соглашением между Страхователем и Страховщиком, по которому Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования страховую плату (страховую премию), организовать и оплатить предоставление Застрахованным лицам при наступлении страхового случая медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, определенных в Программах добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее – Программы страхования), в медицинском учреждении (Сервисной компании), предусмотренной договором страхования или согласованной со Страховщиком.

Договор страхования может быть коллективным или индивидуальным.

Медицинское учреждение – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на территории Российской Федерации и имеющие лицензию на право осуществления медицинской деятельности, привлекаемые для оказания услуг Застрахованным лицам.

Сервисная компания – организация, которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуг, предусмотренных договором страхования, и имеет соответствующие договорные отношения с медицинскими учреждениями, и телефон которой указан в договоре страхования или на сайте Страховщика.

**1.5.** Страховщик вправе устанавливать требования к возрасту, состоянию здоровья Застрахованных и иным факторам, имеющим существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска).

**1.6.** Лица, являющиеся инвалидами I, II или III группы, в т.ч. работающие могут быть приняты на страхование по индивидуальному тарифу, который определяется Страховщиком исходя из степени риска. Данные лица могут быть приняты на страхование с согласия Страховщика и только при условии, что до заключения договора страхования Страховщик был уведомлен Страхователем о состоянии здоровья лица, заявляемого на страхование.

**1.7.** Если иное не предусмотрено договором страхования, Страхователь, при коллективном страховании, с письменного согласия Застрахованного и Страховщика вправе заменить названного в договоре Застрахованного другим лицом в соответствии с условиями настоящих Правил и действующего законодательства Российской Федерации.

## **2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

**2.1.** Объектом добровольного медицинского страхования является не противоречащее законодательству РФ имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, и иных услуг вследствие расстройства здоровья или состояния, требующих организации и оказания медицинских и иных услуг, лекарственного обеспечения.

## **3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ**

**3.1.** Страховыми рисками являются предполагаемые события, предусмотренные договором страхования, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска,

должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

**3.2.** Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

По настоящим Правилам страхования страховым случаем с учетом всех положений, определений, исключений из страхования, предусмотренных настоящими Правилами страхования, Программой страхования и (или) договором страхования является обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинские или иные организации, из числа предусмотренных в договоре страхования или согласованных со Страховщиком, за организацией и оказанием первичной медико-санитарной и специализированной помощи в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний (без явных признаков угрозы жизни Застрахованного лица), несчастных случаях, а также услуг по репатриации в случае смерти Застрахованного лица.

Внезапным острым заболеванием считается болезнь, возникшая неожиданно в период нахождения Застрахованного на территории Российской Федерации в период действия договора страхования и требующая неотложного медицинского вмешательства.

Под несчастным случаем подразумевается внезапное, кратковременное, внешнее событие, имевшее место на территории Российской Федерации в период действия договора страхования, повлекшее за собой травму, иное расстройство здоровья или смерть Застрахованного.

**3.3.** В Программе страхования, с учетом соответствующих исключений, указанных в п.п. 3.5., 3.6. настоящих Правил страхования, указываются конкретные виды и объем медицинской помощи, за получением которой Застрахованное лицо вправе обратиться в медицинское учреждение в соответствии с Программой страхования (Приложение № 1 к настоящим Правилам страхования) в рамках Договора страхования.

Программа страхования включает виды медицинской помощи, а также расходы на лекарственные средства и медицинские изделия согласно установленным законодательством Российской Федерации требованиям к условиям и порядку осуществления добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, обеспечивающим получение Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, указанных в базовом объеме медицинских услуг Программы страхования.

В рамках Программ страхования могут предусматриваться дополнительные виды услуг к базовому объему.

Программам страхования Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия.

### **3.4. Услуги по репатриации:**

**3.4.1.** в случае смерти Застрахованного лица Страховщик оплачивает расходы, согласованные в письменной форме, по репатриации останков к месту, указанному в договоре страхования как место постоянного проживания. Репатриация останков производится до транспортного узла (аэропорта, железнодорожной станции) на территории страны постоянного проживания, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица. Выбор вида транспорта производится Страховщиком и осуществляется только прямыми маршрутами без пересадок.

**3.4.2.** Страховщик организует и оплачивает медико–транспортные услуги и услуги по репатриации в пределах лимита ответственности, определенной договором страхования.

**3.5.** Если иное не установлено договором страхования, не являются страховыми случаями и не влекут обязанность Страховщика произвести страховую выплату (исключения из страхования) обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг:

- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных заболеваниях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при ВИЧ-инфекции, СПИДе, гепатите В и С, туберкулезе, заболеваниях передающихся половым путем (ЗППП) и их последствиях (осложнениях);
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при злокачественных новообразованиях;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при сахарном диабете;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения;
- по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного лица в состоянии

алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

– по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

– по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

– по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

– по оказанию медицинской помощи связанной с беременностью, родами, послеродовыми периодами и абортами Застрахованного лица.

**3.6.** Если иное не установлено договором страхования, не являются страховыми случаями и не влекут обязанность Страховщика произвести страховую выплату (исключения из страхования) следующие расходы по посмертной репатриации:

- медико-транспортные расходы и расходы по посмертной репатриации, если наступившее событие связано с хроническими заболеваниями, а также заболеваниями, известными или существующими к моменту заключения договора страхования, независимо от того, осуществлялось по ним лечение или нет, если иное не установлено договором страхования и/или Программой страхования.

- с оказанием ритуальных услуг в стране (населенном пункте) погребения останков тела Застрахованного лица. Под ритуальными услугами понимаются услуги, связанные с заказом и доставкой гроба и похоронных принадлежностей (в том числе: венки, ритуальная одежда и обувь, похоронные принадлежности в гроб (подушка, покрывало), различные украшения и аксессуары для проведения ритуалов различных традиций; украшение церкви цветами, установка надмогильных сооружений); опубликованием в средствах массовой информации о времени и месте похорон; организацией торжественного прощания, панихиды;

- с организацией похорон останков тела Застрахованного лица в стране (населенном пункте) погребения (в том числе, оформление документов, необходимых для погребения, перевозка останков тела Застрахованного лица на кладбище (крематорий), погребение (кремация с последующей выдачей урны с прахом));

- с транспортными услугами (предоставление транспорта и осуществление перевозки) для семьи (родственников) и желающих проститься с телом Застрахованного лица.

**3.7.** Если иное не установлено договором страхования, Страховщик освобождается от выплаты, если страховой случай произошел вследствие:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

**3.8.** При наступлении страхового случая, Страховщик оплачивает расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме, в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

#### **4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС). ФРАНШИЗА**

**4.1.** Страховой суммой является денежная сумма, определённая в порядке, установленном договором страхования при его заключении, исходя из которой, устанавливаются размер страховой премии (страхового взноса) и максимально возможный размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

**4.2.** Страховая сумма устанавливается по соглашению между Страхователем и Страховщиком, исходя из перечня медицинских услуг, предусмотренных договором и Программой страхования на каждого Застрахованного на период страхования, с учетом требований к минимальному размеру страховой суммы, установленной действующим законодательством Российской Федерации и указывается в договоре страхования.

**4.3.** Если иное не предусмотрено договором страхования, страховая сумма является уменьшаемой, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия договора страхования и суммы страхового возмещения, осуществленного Страховщиком в период действия договора страхования по всем произошедшим страховым случаям (далее - агрегатная страховая сумма). Сумма страховых выплат по всем

произошедшим страховым случаям по договору страхования, заключенному на условиях настоящих Правил страхования, не может превысить установленный таким договором размер страховой суммы, если иное не предусмотрено договором страхования.

**4.4.** Страховщиком, по согласованию со Страхователем, в рамках общей страховой суммы, установленной в соответствии с п.4.2. Правил страхования, может быть установлена агрегатная страховая сумма отдельно по каждому виду медицинской помощи/рisku, указанному в Программе страхования либо иные лимиты на отдельные виды услуг. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства страховщика по договору страхования считаются исполненными. При этом договор страхования прекращается досрочно, а уплаченная Страховщику страховая премия является заработанной и не подлежит возврату Страхователю.

**4.5.** Страховщик уведомляет Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы по договору страхования трудовых мигрантов до размера менее чем 10 000 (Десять тысяч) рублей в течение пяти рабочих дней с момента уменьшения.

Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму и/или изменить перечень предоставляемых Программой услуг (в пределах спектра услуг, предусмотренных Программами страхования) путем оформления дополнительного соглашения с указанием условий внесения соответствующих изменений.

**4.6.** Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, определенные договором страхования. Страховой взнос – часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

**4.7.** Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учётом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

Страховые тарифы по Программам страхования приведены в Приложении № 2 к настоящим Правилам. При заключении договора страхования Страховщик имеет право применять поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам с учетом набора и уровня медицинских и иных услуг, медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений, зон покрытия, региона пребывания, характера производственной деятельности Застрахованных лиц, а также информации, указанной Застрахованным лицом (Страхователем) в анкете, результатов предварительного медицинского

освидетельствования, периодичности уплаты страховой премии и иных условий, предусмотренных договором страхования.

**4.8.** Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно (разовым платежом за весь срок действия договора страхования). Стороны могут договориться об уплате страховой премии в рассрочку. Порядок уплаты страховых взносов при уплате страховой премии в рассрочку определяется в договоре страхования. Страховая премия (страховой взнос) может быть уплачена Страхователем наличными деньгами Страховщику или его уполномоченному представителю или путем безналичного перечисления на расчетный счет Страховщика или его уполномоченного представителя.

**4.9.** Если иное не предусмотрено договором страхования, датой оплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

**4.9.1.** при безналичной уплате денежных средств:

– если Страхователем является физическое лицо – дата подтверждения исполнения распоряжения о переводе денежных средств (страховой премии (страхового взноса) по договору страхования) Страховщику в допустимой законодательством, регулирующим безналичные способы оплаты, форме и кредитной организацией, уполномоченной (имеющей право в соответствие с законодательством), принимать денежные средства физических лиц для последующего перечисления Страховщику;

– если Страхователем по договору страхования является юридическое лицо или индивидуальный предприниматель - дата зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

**4.9.2.** при уплате наличных денежных средств – дата внесения денежных средств в кассу Страховщика или получение денежных средств уполномоченным представителем Страховщика.

**4.10.** Если договором страхования не предусмотрено иное, при неоплате страховой премии (первого страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку) в размере и в срок, предусмотренные в договоре страхования, договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются, а уплаченные частично денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (составляется в свободной форме с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов, если возврат денежных средств будет производиться в безналичном порядке) в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного письменного обращения Страхователя.

**4.11.** Если договором страхования предусмотрена рассрочка уплаты страховой премии и на дату наступления страхового случая страховая премия оплачена не полностью, но при этом отсутствует просрочка по уплате очередных взносов, Страхователь по требованию Страховщика обязан в срок не позднее 10 (десяти) календарных дней с даты предъявления такого требования произвести оплату оставшейся неуплаченной части страховой премии.

В случае не исполнения Страхователем своей обязанности по оплате оставшейся (неоплаченной) части страховой премии, Страховщик вправе зачесть неоплаченную часть страховой премии при расчете страховой выплаты.

**4.12.** При неуплате Страхователем очередного (второго или последующего) страхового взноса в полном размере в соответствии с указанным в договоре страхования графиком платежей, Страховщик имеет право отказаться от исполнения договора страхования путем направления в адрес Страхователя соответствующего уведомления о расторжении договора. Действие договора страхования прекращается в 24 часа 00 минут последнего дня срока уплаты очередного страхового взноса, который не был оплачен.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты страховой премии.

**4.13.** Договором страхования может быть предусмотрена франшиза – часть убытков, которая определена договором страхования, не подлежащая возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, которая устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы, в т.ч. временная франшиза.

Если договором страхования предусмотрена франшиза и не установлено иное, то считается, что франшиза установлена по каждому страховому случаю. Если наступает несколько страховых случаев, франшиза учитывается по каждому из них.

Если в договоре страхования установлена франшиза, но не указан ее вид, то считается, что установлена безусловная франшиза.

## **5. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ, ВНЕСЕНИЯ ДОПОЛНЕНИЙ И ИЗМЕНЕНИЙ. СРОК СТРАХОВАНИЯ.**

**5.1.** Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя. Письменное заявление является приложением к договору страхования и его неотъемлемой частью.

**5.2.** Договор страхования, если иное в нем не предусмотрено, должен содержать, в том числе следующие сведения:.

### **5.2.1. Сведения о Страхователе:**

а) если Страхователем является физическое лицо:

фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без гражданства такие сведения также сообщить с применением букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность и признаваемом Российской Федерацией в этом качестве);

- пол;
- дату рождения;
- гражданство (при наличии);
- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации, дату регистрации;
- данные основного документа, удостоверяющего личность гражданина (для иностранных граждан и лиц без гражданства - вид и данные документа, удостоверяющего личность и признаваемого Российской Федерацией в этом качестве);
- контактную информацию (телефон, факс, адрес электронной почты (при наличии); ИНН (при наличии));

б) если Страхователем является индивидуальный предприниматель:

— фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без гражданства такие сведения также сообщить с применением букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность и признаваемом Российской Федерацией в этом качестве);

- дату рождения;
- гражданство (при наличии);
- адрес места жительства (регистрации) на территории Российской Федерации;
- данные основного документа, удостоверяющего личность гражданина

(для иностранных граждан и лиц без гражданства - вид и данные документа, удостоверяющего личность и признаваемого Российской Федерацией в этом качестве);

- контактную информацию (телефон, факс, адрес электронной почты (при наличии));
- ИНН;
- ОГРНИП, дату и место государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя и данные документа, подтверждающего факт внесения в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации;

в) если Страхователем является юридическое лицо:

- организационно-правовую форму;
- полное и (при наличии) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование для коммерческих организаций на русском языке;
- адрес (место нахождения) постоянно действующего исполнительного органа юридического лица (в случае отсутствия такого органа - иного органа или лица, имеющих право действовать от имени юридического лица без доверенности), по которому осуществляется связь с юридическим лицом;
- контактную информацию (телефон, факс, адрес сайта и (или) электронной почты организации (при наличии)); ИНН; ОГРН, дату и место государственной регистрации и данные документа, подтверждающего факт внесения в единый государственный реестр юридических лиц; фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии) и должность лица, уполномоченного подписывать договор страхования от имени Страхователя и данные документа, подтверждающего такие полномочия;

#### **5.2.2. Сведения о Застрахованном лице:**

- общие сведения: фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии) на русском языке, а также дополнительно с применением букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность и признаваемом Российской Федерацией в этом качестве;
- пол;
- дату рождения;
- вид и данные документа, удостоверяющего личность и признаваемого Российской Федерацией в этом качестве;
- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации;
- гражданство (при наличии);

- контактную информацию (телефон, адрес электронной почты (при наличии));
- предполагаемый срок действия разрешения на работу или патента;
- дополнительные сведения (по требованию Страховщика):
- сведения об имевшихся и имеющихся заболеваниях, травмах Застрахованного лица;
- сведения об имеющейся или имевшейся инвалидности;
- сведения о деятельности Застрахованного лица на территории страхования;
- условия, на основании которых Страхователь желает заключить договор страхования: перечень и объем медицинских услуг (Программа страхования), страховая сумма, порядок уплаты страховой премии и т.п.

### **5.2.3. Сведения о Страховщике:**

- организационно-правовая форма и полное фирменное наименование;
- номер и дата выдачи лицензии на осуществление добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни;
- адрес (место нахождения);
- телефон (факс);
- адрес официального сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- банковские реквизиты;
- фамилия, имя, отчество (последнее- при наличии) и должность лица, уполномоченного подписывать договор страхования от имени страховщика, и документ, на основании которого данное лицо подписывает договор.

**5.3.** Для подтверждения достоверности информации, сообщенной Страхователем, а также в целях идентификации Страхователя - юридического лица, физического лица, индивидуального предпринимателя и потенциальных Застрахованных лиц Страховщиком могут быть запрошены следующие документы:

#### **5.3.1. для физических лиц:**

- документы, признанные в соответствии с законодательством РФ документами, удостоверяющими личность;
- миграционная карта;
- документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ;
- свидетельство о постановке на учёт физического лица в территориальном органе ФНС России.

**5.3.2.** для юридических лиц резидентов РФ:

- свидетельства о регистрации;
- свидетельства о постановке на налоговый учет.
- выписка из единого государственного реестра юридических лиц;
- свидетельство о постановке на учёт в налоговом органе.

**5.3.3.** для юридических лиц нерезидентов;

- свидетельства о регистрации, выданного в стране регистрации;
- свидетельства о присвоении кода иностранной организации, выданного в стране регистрации.

**5.3.4.** для индивидуальных предпринимателей:

- документы, перечисленные в подпункте 5.3.1.;
- свидетельство о регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя.

**5.4.** Все предоставляемые Страховщику документы должны быть актуальными и действующими на момент заключения договора страхования, либо принятия на страхование Застрахованного лица.

**5.5.** В случае если представленные документы не содержат информации, предусмотренной п. 5.2 настоящих Правил страхования, необходимой для оценки риска и принятия на страхование конкретного лица, а также содержат противоречивую информацию, Страховщик имеет право по согласованию со Страхователем запросить дополнительные документы, необходимые для заключения договора страхования, а также проводить экспертизу представленных документов.

**5.6.** В случае отказа Страхователя от предоставления запрашиваемых документов и данных, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования, либо в принятии на страхование лица, в отношении которого запрошенные Страховщиком документы не были представлены.

**5.7.** Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования или в его письменном запросе (форма

письменного заявления на страхование), к которым в том числе могут относиться, но не ограничиваясь, следующие сведения о потенциальном(-ых) Застрахованном(-ых) лице(-ах): возраст, пол, семейное положение, вес (в т.ч. сведения об изменении веса), индекс массы тела, рост, артериальное давление; сведения о состоянии здоровья (в т.ч. о прошлых и (или) имеющихся заболеваниях, состояниях, сведения в связи с прохождением медико-социальной экспертизы (в т. ч. сведения об установлении группы инвалидности или о направлении на прохождение медико-социальной экспертизы), сведения о принимаемых лекарственных препаратах), а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (в т.ч. об установленных диагнозах, о рекомендованном лечении, о проведенных медицинских манипуляциях, о наличии случаев стационарного лечения, о проведенных профилактических мероприятиях, включая информацию о медицинских организациях, в которые обращалось потенциальное Застрахованное лицо); сведения о проживании в эндемичных зонах и (или) в тяжелых климатических условиях; сведения о профессиональной деятельности/роде занятий (в т. ч. о выполнении опасной работы, о наличии вредных производственных факторов); сведения об образе жизни (в том числе, сведения об употреблении алкоголя, курении, наличии наркозависимости, о состоянии на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном, кожно-венерологическом, онкологическом диспансере); сведения о занятии спортом на различном уровне; сведения о наличии у родственников (родителей, братьев или сестер (полнородных и неполнородных)) заболеваний эндокринной системы, заболеваний сердца, гипертонической болезни, инсультов, онкологических заболеваний; сведения о наличии беременности (для женщин).

**5.8.** Факт заключения договора страхования удостоверяется путем подписания одного документа – договора страхования и/или путем выдачи Страховщиком Страхователю и/или Застрахованному лицу страхового Полиса добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее – страховой полис) установленной формы, подписанного Страховщиком.

При заключении коллективного договора страхования, одновременно с договором страхования Страхователю (Застрахованному лицу) может выдаваться страховой полис, удостоверяющий право Застрахованного лица на получение медицинских услуг по договору страхования.

**5.9.** Территорией страхования являются указанные в договоре страхования субъекты Российской Федерации, на территории которых действует страхование.

**5.10.** Если в договоре страхования имеется ссылка на настоящие Правила,

являющиеся неотъемлемой частью договора страхования, и (или) ссылка на иной документ, в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то данные условия излагаются в договоре страхования (страховом полисе) либо на его оборотной стороне, либо прилагаются к договору страхования как его неотъемлемая часть, либо договор содержит ссылку на адрес размещения таких условий на сайте Страховщика в сети «Интернет» ([www.solidsk.ru](http://www.solidsk.ru)), либо Страхователь информируется о таких условиях путем направления файла, содержащего текст данного документа, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст данного документа.

По требованию Страхователя Страховщик обязан выдать ему текст настоящих Правил и (или) иного документа, в котором изложены условия страхования, на бумажном носителе, в случае если настоящие Правила и (или) иной документ, в котором изложены условия страхования, был предоставлен Страхователю без вручения текста документа на бумажном носителе.

**5.11.** Страхователь имеет право по соглашению со Страховщиком определить набор Программ добровольного медицинского страхования в любой комбинации или выбрать определенный перечень услуг из любой Программы. Страховщик и Страхователь могут договориться об объеме страхового покрытия, страховых лимитах Программы страхования путем определения перечня заболеваний (состояний), обращение по поводу которых является страховым случаем по соответствующему договору страхования, а также о порядке предоставления Застрахованному лицу медицинской помощи. Перечень медицинских и иных услуг по договору страхования в рамках конкретной Программы страхования, а также любое сочетание программ страхования может иметь оригинальное название.

**5.12.** Страховой полис является именным документом. Страхователю (Застрахованному лицу) запрещается передавать страховой полис другому лицу с целью получения им услуг по договору страхования.

**5.13.** В случае утраты Страхователем (Застрахованным лицом) договора страхования (страхового полиса) Страховщик по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного лица) выписывает его дубликат. При этом Страховщик вправе потребовать оплатить стоимость дубликата договора страхования (страхового полиса). На дубликате делается соответствующая надпись. Утраченный договор страхования (страховой полис) считается недействующим со дня подачи заявления об утрате и не может являться основанием для получения услуг.

**5.14.** В случае досрочного прекращения действия договора страхования, выданные Застрахованным лицам страховые полисы возвращаются Страховщику в течение 3-х рабочих дней, если договором страхования не предусмотрено иное.

**5.15.** Договор страхования прекращается, и Застрахованный теряет право на получение услуг по договору страхования:

- при истечении срока действия договора страхования;
- в случае смерти Застрахованного лица;
- в случае исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным) по договору страхования в полном объеме, в том числе, если страховая сумма исчерпана полностью – в отношении соответствующего Застрахованного лица, если договор заключен в отношении более чем одного Застрахованного;
- при ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, с момента вступления в силу соответствующего решения;
- по требованию Страхователя в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
- по соглашению Сторон;
- неуплаты Страхователем страхового взноса или страховой премии по вступившему в силу договору страхования в полном размере в установленный договором страхования срок;
- в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

**5.16.** Если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, то договор страхования досрочно прекращает свое действие, при этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Возврат страховой премии осуществляется в соответствии с п. 5.18. настоящих Правил страхования.

**5.17.** Уплаченная страховая премия (страховой взнос) возврату не подлежит:

- по окончании срока действия Договора страхования;
- при расторжении Договора страхования по инициативе Страхователя, если договором страхования не предусмотрено иное;
- в случае исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным) по договору страхования в полном объеме, в том числе, если страховая сумма исчерпана полностью – в отношении соответствующего Застрахованного

лица, если договор заключен в отношении более чем одного Застрахованного.

**5.18.** В случае прекращения договора страхования по требованию Страховщика, последний возвращает Страхователю неиспользованную страховую премию за истекший срок договора страхования за вычетом понесенных расходов. Возврат неиспользованной страховой премии производится только в отношении оплаченной части суммы страховой премии, предусмотренной договором страхования, исходя из следующих параметров:

$$\text{НСП} = \frac{\sum_1^n \text{Вз} * (1 - \text{Крвд})}{\text{Допл}} * \text{Д}_к;$$

где:

НСП - Неиспользованная страховая премия

n - количество оплаченных страховых взносов

Д<sub>к</sub> - Число дней до окончания оплаченного периода

Вз - Сумма фактически оплаченных страховых взносов

Крвд - Коэффициент расходов на ведение дела

Допл - Число дней оплаченного периода

**5.19.** Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, в том числе при первичном выявлении в течение срока действия договора страхования, заболеваний из числа указанных в п. 3.5. Правил, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска, что оформляется дополнительным соглашением к Договору страхования. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования, и возмещения убытков, причиненных расторжением договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Дополнительная страховая премия рассчитывается по формуле:

$$Д = \frac{(B2 - B1) * n}{n1},$$

Где:

Д - дополнительная страховая премия;

B1 - страховая премия за год, рассчитанная исходя из степени риска на момент заключения договора страхования;

B2 - страховая премия за год, рассчитанная исходя из степени риска на момент изменения договора страхования;

n - количество дней, оставшихся до окончания договора страхования;

$n1$  – количество дней действия договора страхования.

**5.20.** Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

**5.21.** Изменение условий договора страхования производится по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика на основании заявления одной из Сторон и оформляется дополнительным соглашением, которое становится неотъемлемой частью договора страхования. Если какая-либо из Сторон не согласна на внесение изменений в договор страхования, то Сторонами решается вопрос о действии договора страхования на прежних условиях или о его прекращении.

**5.22.** Если после заключения договора страхования принят закон, устанавливающий обязательные для Сторон правила иные, чем те, которые действовали при заключении договора страхования, условия заключенного договора страхования сохраняют силу, кроме случаев, когда в законе установлено, что его действие распространяется на отношения, возникшие из заключенного договора страхования.

**5.23.** Срок действия договора страхования:

**5.23.1.** Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению сторон и указывается в договоре страхования.

**5.23.2.** Срок страхования определяется, исходя из сообщенного Страхователем /Застрахованным лицом предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента.

**5.23.3.** При заключении договора страхования сроком менее одного года, а также при дополнительном страховании лиц на срок менее одного года в рамках действующего договора страхования, размер страховой премии составляет:

| Срок страхования, мес. | Процент от годовой страховой премии по страховой программе |
|------------------------|------------------------------------------------------------|
| до 1 месяца            | 30%                                                        |
| от 1 до 2              | 40%                                                        |
| от 2 до 3              | 50%                                                        |
| от 3 до 4              | 60%                                                        |
| от 4 до 5              | 65%                                                        |
| от 5 до 6              | 70%                                                        |
| от 6 до 7              | 75%                                                        |
| от 7 до 8              | 80%                                                        |
| от 8 до 9              | 85%                                                        |
| от 9 до 10             | 90%                                                        |

|             |     |
|-------------|-----|
| от 10 до 11 | 95% |
|-------------|-----|

Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу с 00:00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса).

**5.23.4.** Договор страхования трудовых мигрантов может содержать условие о вступлении его в силу не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента.

**5.23.5.** Страхование, обусловленное договором страхования, заключенным на условиях настоящих Правил, распространяется на страховые случаи, происшедшие после вступления договора страхования в силу, если в договоре страхования не предусмотрен иной срок начала действия страхования.

## **6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ**

### **6.1. Страхователь имеет право:**

**6.1.1.** по согласованию со Страховщиком, если это предусмотрено договором страхования и/или Программой страхования, изменять размер страховой суммы при условии заключения дополнительного соглашения и уплаты, при необходимости, дополнительной страховой премии;

**6.1.2.** вносить изменения, если это предусмотрено договором страхования, в список Застрахованных путем подписания дополнительного соглашения к договору страхования с предоставлением Страховщику необходимых сведений;

**6.1.3.** получить дубликат договора страхования (страхового полиса) в случае его утраты;

**6.1.4.** на основании письменного заявления Страховщику отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

### **6.2. Страхователь обязан:**

**6.2.1.** при заключении договора страхования и во время его действия представлять Страховщику всю информацию об обстоятельствах, имеющих отношение к заключению и исполнению Договора страхования, а также имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска);

**6.2.2.** доводить до сведения Застрахованных лиц информацию об условиях договора страхования, Правилах и Программах страхования, порядке предоставления медицинских и иных услуг;

**6.2.3.** оплатить страховую премию (страховые взносы) в объеме и в сроки, установленные договором страхования;

**6.2.4.** обеспечить сохранность документов по договору страхования;

**6.2.5.** в пределах своей ответственности и компетенции принимать меры по устранению обстоятельств, влияющих на увеличение страхового риска;

**6.2.6.** обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком;

**6.2.7.** получить от Застрахованных лиц и по требованию предоставить Страховщику и/или его представителю письменное согласие Застрахованного лица на использование и предоставление персональных данных Застрахованного лица и состояния его здоровья в медицинские и/или иные учреждения с целью исполнения обязательств Страховщика по договору страхования.

### **6.3. Страховщик имеет право:**

**6.3.1.** проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий настоящих Правил и договора страхования и отказать в заключение или потребовать признания договора страхования недействительным, в случае если Страхователь сообщил заведомо ложные сведения;

**6.3.2.** при заключении договора страхования потребовать предоставления справок о состоянии здоровья лиц, в отношении которых заключается договор страхования;

**6.3.3.** передавать полученную от Страхователя и/или Застрахованного лица информацию о персональных данных Застрахованного лица и состоянии его здоровья в медицинские и/или иные учреждения с целью исполнения своих обязательств по договору страхования;

**6.3.4.** при организации и/или оплате медицинских услуг имеет право запросить у Застрахованного лица действующий патент (разрешение на работу) и/или необходимую медицинскую документацию и материалы в целях проведения соответствующей экспертизы и подтверждения страхового случая;

**6.3.5.** Предъявить Страхователю счет на возмещение затрат, возникших и понесенных Страховщиком при исполнении обязательств по договору, при условии, что:

- эти затраты явились следствием ложного вызова скорой медицинской помощи или ложного вызова врача на дом Страхователем (Застрахованным лицом);
- неявки Застрахованного лица на прием к врачу или диагностическое исследование;
- предоставленные услуги, выходя за рамки страхового покрытия, имели характер жизненных медицинских показаний, и неоказание таких услуг в экстренном порядке могло

повлечь существенное ухудшение состояния здоровья Застрахованного лица (оплата расходных материалов и/или дорогостоящих лекарственных средств при стационарной помощи; оказание экстренной помощи по не страховому заболеванию)

**6.4. Страховщик обязан:**

**6.4.1.** Предоставить Страхователю при заключении с ним договора страхования следующую информацию:

- об объекте страхования, страховых рисках, применяемых исключениях из перечня страховых событий, о действиях Страхователя (Застрахованного лица), совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате, а также о порядке осуществления страховой выплаты;
- о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования, о наличии дополнительных условий для заключения договора страхования (медицинское обследование застрахованного лица);
- о размере (примерном расчете) страховой премии на основании заявления о заключении договора страхования и о возможном изменении размера страховой премии и (или) иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;
- об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов).

**6.4.2.** Предоставить Страхователю настоящие Правила и (или) дополнительные условия страхования, если они являются неотъемлемой частью договора страхования.

**6.4.3.** Информировать Страхователя о необходимости ознакомления с настоящими Правилами и договором страхования.

**6.4.4.** По требованию Страхователя (Застрахованного лица) разъяснять положения, содержащиеся в договоре страхования и в настоящих Правилах, а также в предоставленной в соответствии с п.6.4.1. настоящих Правил информации.

**6.4.5.** При заключении договора страхования информировать Страхователя об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая (в случае, предусмотренном п.7.5.2. настоящих Правил), а также своевременно информировать об изменениях таких адресов на официальном сайте, а также непосредственно при обращении Страхователя (Застрахованного лица). В случае невозможности информирования до наступления события, имеющего признаки страхового случая, об адресах приема документов при наступлении таких событий, Страховщик обеспечивает своевременное получение указанных сведений посредством телефонной связи,

по электронной почте, а также иным способом, в случае указания его в договоре страхования, при обращении получателя страховых услуг.

**6.4.6.** Обеспечить возможность взаимодействия со Страхователем (Застрахованным лицом) посредством телефонной, почтовой связи, а также иными способами, установленными настоящими Правилами и (или) договором страхования.

**6.4.7.** По запросу Страхователя (Застрахованного лица) проинформировать его:

а) обо всех предусмотренных договором и (или) настоящими Правилами необходимых действиях, которые Страхователь (Застрахованное лицо) должен предпринять при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, а в случае, предусмотренном п.7.5.2. настоящих Правил – обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;

б) о предусмотренных договором и (или) настоящими Правилами форме и способе осуществления страховой выплаты.

Информирование осуществляется посредством телефонной связи, в письменной форме почтовым отправлением либо путем направления ответа по электронной почте.

**6.4.8.** Обеспечить организацию и оплату медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, при наступлении страхового случая.

**6.4.9.** Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным лицом).

**6.4.10.** Выполнять иные обязанности и совершать действия, предусмотренные настоящими Правилами страхования, договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

**6.5.** Договором страхования могут быть предусмотрены другие права и обязанности Сторон, не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации.

**6.6.** Если настоящими Правилами и (или) договором страхования не предусмотрено иное, направление уведомлений, заявлений, документов в рамках договоров страхования, заключенных на основании настоящих Правил, должно осуществляться в письменной форме за подписью уполномоченного лица Страховщика, Страхователя, Застрахованного нарочно, курьерской службой доставки либо по почте заказным письмом по адресам, указанным в договоре страхования или иных документах, получаемых (передаваемых) при заключении, исполнении договора страхования.

**6.7. Застрахованный имеет право:**

**6.7.1.** получать услуги в соответствии с объемом и порядком, предусмотренным Программой страхования;

**6.7.2.** получать разъяснения по настоящим Правилам и условиям договора страхования, о порядке предоставления медицинских и иных услуг, лекарственного обеспечения;

**6.7.3.** сообщать Страховщику о случаях не предоставления, неполного или некачественного предоставления услуг по договору страхования;

**6.7.4.** получить дубликат страхового полиса в случае его утраты. При этом Страховщик вправе потребовать оплатить стоимость дубликата страхового полиса.

**6.8.Застрахованный обязан:**

**6.8.1.** заботиться о сохранении своего здоровья, выполнять предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления услуг по договору страхования, соблюдать распорядок, установленный медицинскими и иными учреждениями;

**6.8.2.** заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг;

**6.8.3.** своевременно сообщать Страховщику об изменении своей фамилии, иных паспортных данных или места жительства (регистрации);

**6.8.4.** предоставлять Страховщику и/или его представителю право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с исполнением договора страхования;

**6.8.5.** обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком.

**6.8.6.** при заключении Договора страхования и во время его действия представлять Страховщику всю информацию об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска), в том числе информацию о преждевременном прекращении трудовой деятельности, окончании срока действия/прекращения разрешения на работу (патента) и т.п.

**6.9.** В договор страхования могут быть включены и иные права, и обязанности сторон, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

**6.10.Права и обязанности сторон по использованию персональных данных:**

Страхователь, заключивший договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил страхования, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком в течение всего срока действия договора страхования и в течение 10 (десяти) лет после исполнения договора страхования, персональных данных Страхователя, указанных

в договоре страхования, его приложениях, заявлении на страховании и иных документах, используемых Страховщиком для их обработки, в целях осуществления страхования по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по договору страхования, администрирования договора страхования, а также в целях информирования Страхователя о других страховых продуктах (услугах) Страховщика и о продуктах (услугах) его партнеров, в том числе путем осуществления со Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованными лицами) прямых контактов с помощью средств связи, включая направление смс-сообщений, сообщений по электронной почте.

Страхователь предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы Страховщика.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по договору страхования передавать персональные данные Страхователя третьим лицам (включая перестраховщиков), при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

Заключая договор страхования на основании настоящих правил страхования, Страхователь дает свое согласие Страховщику на запрос любой дополнительной информации в любых учреждениях (в том числе медицинских), у врачей, в том числе о состоянии своего здоровья с целью исполнения Страховщиком своих обязанностей в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

Страхователь вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику. После окончания срока действия договора страхования (в том числе при его расторжении) или отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные

Страхователя в срок, не превышающий 10 лет с даты окончания срока действия договора страхования/ отзыва согласия на обработку персональных данных.

Страхователь также подтверждает, что на момент заключения договора страхования (дополнительного соглашения к нему) все Застрахованные лица, Выгодоприобретатели, а также иные лица, указанные в договоре страхования (при их наличии) проинформированы и дали согласие на передачу их персональных данных Страховщику с целью заключения и исполнения договора страхования, включая информацию о наименовании и адресе Страховщика, цели и правовом основании обработки персональных данных, информацию о предполагаемых пользователях персональных данных, а также Страхователь проинформировал указанных в договоре страхования лиц обо всех правах и обязанностях субъекта персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных». Страхователь обязуется довести до сведения указанных в договоре страхования лиц информацию, указанную в настоящих Правилах.

**6.11.** Страхователь во исполнение требований Федерального закона от 07.08.2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» обязуется предоставить Страховщику по его запросу документы и сведения для проведения идентификации Страхователя, его представителя, Выгодоприобретателя, бенефициарного владельца, а также в случае необходимости обновления данных сведений.

## **7. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ**

**7.1.** При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, и для получения услуг, предусмотренных выбранной Программой страхования, Застрахованное лицо обращается непосредственно к Страховщику по телефонам, указанным в страховом Полисе или в Сервисную компанию для получения информации о порядке предоставления медицинской и иной помощи.

**7.2.** Страховщик организует и оплачивает оказанную Застрахованному лицу в медицинских учреждениях, имеющих соответствующие договорные отношения со Страховщиком и находящихся на территории действия страхования согласно условиям договора страхования, медицинскую помощь в объеме, определенном Программой страхования, являющейся неотъемлемой частью договора страхования.

При отсутствии возможности оказания услуг, предусмотренных Программой страхования, в учреждении, определенном в договоре страхования и имеющем договорные отношения со Страховщиком, Страховщик организует их выполнение в ином медицинском

учреждении. При этом выбор медицинского учреждения производится Страховщиком.

Медицинская помощь оказывается Застрахованному лицу в соответствии с режимом работы медицинского учреждения.

**7.3.** Оказание услуг Застрахованному лицу в медицинском учреждении, определенном Страховщиком при обращении Застрахованного лица за медицинской помощью, осуществляется при предъявлении им оригинала страхового полиса и документа, подтверждающего личность Застрахованного лица.

**7.4.** Страховая выплата определяется стоимостью медицинских и иных услуг, лекарственного обеспечения, оказываемых в соответствии с условиями договора страхования, и не может превышать установленной по данному договору страхования страховой суммы или страховой суммы по отдельным рискам.

**7.5.** Страховая выплата за оказанную застрахованному лицу медицинскую помощь производится в следующем порядке:

**7.5.1.** в медицинскую или иную организацию в порядке, сроки и в соответствии со стоимостью, предусмотренными договором на организацию и/или оказание медицинских и иных услуг, заключенным между Страховщиком и медицинской или иной организацией, либо, при наличии направления Страховщика, на условиях, согласованных между Страховщиком и медицинской и/или иной организацией. Оплата осуществляется на основании выставленных Страховщику счетов, с приложением реестра оказанных медицинских услуг.

**7.5.2.** в форме возмещения Страховщиком расходов Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) на оплату медицинских и иных услуг, оказанных в согласованных Страховщиком или Сервисной компанией медицинских и иных учреждениях, если это прямо предусмотрено Программой страхования и/или договором страхования.

**7.6.** Для получения страховой выплаты в случае, предусмотренном п. 7.5.2. настоящих Правил, Страховщику предоставляются следующие документы:

- заявление на страховую выплату (с указанием банковских реквизитов);
- страховой полис;
- документы, подтверждающие факт оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в связи с внезапным острым заболеванием, состоянием, обострением хронического заболевания, а также факт и размер произведенных расходов (медицинские документы, содержащие сведения о диагнозе, состоянии здоровья Застрахованного лица при обращении за помощью, о проведенных медицинских манипуляциях и продолжительности

лечения (амбулаторная карта, выписка из истории болезни и т.п.); копия договора об оказании медицинских услуг; оригиналы счетов с указанием перечня услуг и их стоимости, чеков и иных платежных документов, подтверждающих факт оплаты услуг);

- документы, подтверждающие факт смерти Застрахованного лица, а также факт и размер произведенных расходов по репатриации (копия свидетельства о смерти, выданное отделом записи актов гражданского состояния, и/или медицинского свидетельства о смерти;

- копия договора со специализированной организацией об оказании ритуальных услуг и услуг по репатриации; оригиналы счетов с указанием перечня услуг и их стоимости, чеков и иных платежных документов, подтверждающих факт оплаты услуг);

- документ, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты.

**7.7.** При предоставлении документов согласно п.7.6. настоящих Правил, в случае выявления факта предоставления документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил и (или) договора страхования, Страховщик обязан:

- а) принять их, при этом срок принятия решения о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;

- б) уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в течение 15 рабочих дней.

**7.8.** В случае, предусмотренном п.7.5.2. настоящих Правил, Страховщик осуществляет страховую выплату либо принимает решение о непризнании заявленного события страховым случаем или отказе (освобождении) в страховой выплате (далее решение об отказе в выплате) в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения им последнего из всех запрошенных и надлежащим образом оформленных документов, необходимых для принятия такого решения, если иной срок не предусмотрен договором страхования.

**7.9.** Страховая выплата производится по безналичному расчёту.

Если лицо, обратившееся за страховой выплатой, не предоставило банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик имеет право продлить (приостановить) указанный в абзаце первом настоящего подпункта срок до получения Страховщиком указанных сведений.

При этом Страховщик уведомляет обратившееся лицо о факте приостановки и запрашивает у него недостающие сведения.

**7.10.** В случае принятия решение об отказе в выплате Страховщик направляет заявителю письменное уведомление об отказе в выплате с указанием причин отказа со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих Правил, на основании которых принято такое решение, в течение 3-х рабочих дней с момента принятия Страховщиком решения об отказе в выплате.

## **8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

### **8.1. Ответственность Страховщика.**

**8.1.1.** В случае необоснованного отказа медицинского учреждения, сервисной компании или иного учреждения в предоставлении Застрахованному услуг, предусмотренных договором страхования, неполного или некачественного их выполнения, Страховщик, на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного лица), принимает меры для организации предоставления необходимых услуг в объеме, предусмотренном договором страхования и Программой страхования.

**8.1.2.** Обоснованность претензий Застрахованного лица определяется экспертной комиссией, состоящей из представителей Страховщика, и медицинского учреждения (сервисной компании или иного учреждения), а в случае необходимости – независимой экспертной комиссией.

### **8.2. Ответственность Страхователя/Застрахованного.**

**8.2.1.** За необоснованный вызов Страхователем (Застрахованным лицом) среднего медицинского персонала, врача, нарушение лечебного режима, неявку без предварительного уведомления на заранее согласованные с медицинским или иным учреждением процедуры, приемы врачей и другие услуги Страхователь (Застрахованное лицо) обязан возместить Страховщику связанные с этим расходы, в том числе на оплату соответствующих штрафных санкций медицинскому или иному учреждению.

**8.2.2.** Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по договору страхования, если причиной такого неисполнения является действие непреодолимой силы, в результате наступления которой выполнение обязательств по этому договору страхования становится невозможным.

## **9. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ**

**19.1.** Споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров Сторон, а в случае необходимости, соответствующие эксперты по требованию и за счет

потребовавшей Стороны.

**19.2.** При не достижении Сторонами соглашения спор рассматривается в суде, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации с соблюдением в случаях, установленным законом, претензионного порядка досудебного урегулирования споров.

*Приложение № 1*

к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

**ПРОГРАММА  
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ**

Настоящая программа добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее – Программа) разработана в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее – Правила страхования), утвержденными Приказом Генерального директора Акционерного общества «Страховая Компания «СОЛИДАРНОСТЬ» (далее – АО «Страховая Компания «СОЛИДАРНОСТЬ» или Страховщик) от 08.06.2020 г. № 18.

В рамках настоящей Программы предусматривается организация получения иностранными лицами и лицами без гражданства, прибывшими в Российскую Федерацию и намеревающимися осуществлять или осуществляющими трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (трудоустроенный мигрант), являющимися Застрахованными лицами по договору добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее – Полис).

Страховщик возмещает расходы по оказанию Застрахованному лицу **первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме** в случаях заболеваний и состояний, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования согласно части шестой статьи 35 Федерального

закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с учетом исключений, предусмотренных Программой и Правилами страхования:

- инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;

- новообразования;

- болезни эндокринной системы;

- расстройства питания и нарушения обмена веществ;

- болезни нервной системы;

- болезни крови, кроветворных органов;

- отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;

- болезни глаза и его придаточного аппарата;

- болезни уха и сосцевидного отростка;

- болезни системы кровообращения;

- болезни органов дыхания;

- болезни органов пищеварения;

- болезни мочеполовой системы;

- болезни кожи и подкожной клетчатки;

- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;

- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

- врожденные аномалии (пороки развития);

- деформации и хромосомные нарушения;

- беременность, роды, послеродовой период и аборты;

- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период. Конкретный полис может предусматривать дополнительные виды услуг в соответствии с настоящей Программой, а также дополнительные ограничения в виде:

- отсрочки действия Полиса;

- франшизы;
- лимиты и подлимиты страховых сумм;
- количества предоставляемых услуг в течение срока действия Полиса, видам медицинских услуг, подлежащих оплате;
- иные ограничения.

## **1. БАЗОВЫЙ ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ПО ПРОГРАММЕ**

1.1. Первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме в амбулаторных условиях:

- приемы врачей специалистов: терапевта; гинеколога; кардиолога; невролога; отоларинголога; офтальмолога; уролога; хирурга; травматолога; пульмонолога; эндокринолога;
- медицинская документация: выдача листков нетрудоспособности; оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий; выдача справок по форме 095-у;
- лабораторная диагностика: биохимический анализ крови; клинический анализ мочи; клинический анализ крови; микроскопические исследование мазков;
- инструментальные методы исследования: рентгенологические методы исследования; ультразвуковая диагностика; функциональная диагностика; эндоскопические исследования.

1.2. Неотложная стоматологическая помощь:

- прием врача стоматолога;
- купирование острого состояния;
- обезболивание;
- удаление зубов;
- купирование острого пульпита;
- вскрытие абсцесса.

1.3. Скорая медицинская помощь:

- вызов бригады скорой медицинской помощи;
- купирование неотложных состояний;
- транспортировка в стационар.

1.4. Специализированная медицинская помощь в неотложной форме в стационарных условиях:

- пребывание в стационаре (в общих палатах профильного отделения) – не более 7 (Семи) календарных дней за весь период страхования;
- консультации специалистов;
- лабораторная диагностика;
- инструментальная диагностика и лечение;
- анестезиологические пособия;
- оперативные вмешательства;
- реанимационные мероприятия.

Страховщик также оплачивает расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий (в соответствии с пунктом 6 статьи 4 Федерального закона от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»), и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в соответствии с частью 2.2 статьи 80 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

## **2. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

2.1. Застрахованное лицо в целях получения медицинской помощи обращается к Страховщику или в Сервисную компанию, которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуг, предусмотренной Полисом.

2.2. Выбор медицинской организации, способной обеспечить Застрахованному лицу соответствующую медицинскую помощь, осуществляет Страховщик или по поручению Страховщика Сервисная компания.

2.3. Расходы, оплаченные Застрахованным лицом самостоятельно, без обращения к Страховщику или в Сервисную компанию, возмещению не подлежат.

2.4. В случае смерти Застрахованного лица для получения услуг по репатриации (если такие услуги включены в Полис) необходимо обратиться к Страховщику или в Сервисную компанию.

2.5. Расходы по репатриации, предварительно не согласованные со Страховщиком или Сервисной компанией, возмещению не подлежат.

### **3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ**

3.1. Программа не предусматривает оплату следующих медицинских услуг:

- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных заболеваниях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при злокачественных новообразованиях;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при сахарном диабете;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения;
- по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

Высокотехнологичная медицинская помощь - часть специализированной медицинской помощи, включающая в себя применение новых сложных и(или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при покушении

Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
- по оказанию медицинской помощи связанной с беременностью, родами, послеродовыми периодами и абортами Застрахованного лица.

#### **4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВИДЫ УСЛУГ К БАЗОВОМУ ОБЪЕМУ**

##### **4.1. Репатриация:**

Страховщик осуществляет оплату услуг по посмертной репатриации в случае смерти Застрахованного лица в результате заболевания или несчастного случая.

Услуги по репатриации останков тела Застрахованного лица, которые включают в себя:

- бальзамирование и проведение других необходимых мероприятий с целью сохранения тела Застрахованного лица при транспортировке;
- размещение гроба в специальном цинковом ящике (гробе), упакованного должным образом в транспортировочную деревянную конструкцию;
- оформление всех необходимых сопроводительных документов для транспортировки тела Застрахованного лица;
- перевозка останков тела Застрахованного лица.

Перевозка останков тела Застрахованного лица осуществляется до транспортного узла (аэропорта, железнодорожной станции) на территории страны постоянного проживания, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица. Организация репатриации тела производится только по предварительному согласованию со Страховщиком или Сервисной компанией.

Расходы по организации похорон и погребению, сопровождению гроба/урны родственником или иным доверенным лицом умершего Застрахованного лица не возмещаются.

**Приложение № 2**

к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

**БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ  
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ**  
Брутто-ставка (со 100 рублей страховой суммы)

|   |                                                                                                                                                   |       |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1 | Программа добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (базовый объем медицинских услуг)                                             | 1,525 |
| 2 | Программа добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (дополнительные виды услуг к базовому объему медицинских услуг - репатриация) | 0,340 |

Страховщик при определении размера страховой премии вправе применять повышающие и понижающие коэффициенты:

Таблица факторов риска и поправочных коэффициентов

| <i>Обстоятельства, влияющие на степень страхового риска</i>                                  | <i>Диапазон поправочных коэффициентов</i> |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------|
|                                                                                              | <i>понижающих</i>                         | <i>повышающих</i> |
| <i>Состояние здоровья (наличие хронических заболеваний, перенесенных заболеваний и т.д.)</i> | <i>0,3-0,999</i>                          | <i>1,001-5,0</i>  |

|                                                                                             |                  |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|
| <i>Застрахованного лица</i>                                                                 |                  |                  |
| <i>Пол и возраст<br/>Застрахованного лица</i>                                               | <i>0,6-0,999</i> | <i>1,001-3,0</i> |
| <i>Род занятий<br/>Застрахованного лица</i>                                                 | <i>0,6-0,999</i> | <i>1,001-3,0</i> |
| <i>Количество<br/>застрахованных по договору<br/>страхования</i>                            | <i>0,4-0,999</i> | <i>Нет</i>       |
| <i>Ценовой уровень лечебных<br/>учреждений</i>                                              | <i>0,6-0,999</i> | <i>1,001-3,0</i> |
| <i>Наличие убытков по<br/>договорам страхования<br/>предыдущих периодов<br/>страхования</i> | <i>0,5-0,999</i> | <i>1,001-1,7</i> |
| <i>Регион страхования</i>                                                                   | <i>0,7-0,999</i> | <i>1,001-1,5</i> |
| <i>Распределение страхового<br/>риска на территории<br/>Российской Федерации</i>            | <i>0,7-0,999</i> | <i>1,001-2,0</i> |
| <i>Уплата страховой премии в<br/>рассрочку</i>                                              | <i>нет</i>       | <i>1,001-1,2</i> |
| <i>Страхование с франшизой</i>                                                              | <i>0,1-0,999</i> | <i>Нет</i>       |
| <i>Прочие обстоятельства,<br/>влияющие на степень<br/>страхового риска</i>                  | <i>0,2-0,999</i> | <i>1,001-3,0</i> |

Приложение № 3

к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

Бланк полиса добровольного медицинского страхования мигрантов разработан на основании действующего законодательства Российской Федерации.

Бланк полиса является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения и дополнения.

Образец

**ПОЛИС**

**Добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов**

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения договора добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее по тексту – Договор страхования) на основании устного заявления Страхователя, в соответствии с «Правилами добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов» от \_\_\_\_\_ (далее – Правила страхования), Программой добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов.

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                      |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|
| <b>СТРАХОВЩИК</b>                        | Акционерное общество «Страховая Компания «СОЛИДАРНОСТЬ», (Лицензия Центрального банка Российской Федерации (Банк России) № 0206 от 01.11.2018г.) в лице _____, действующего на основании _____,<br>Адрес местонахождения _____ тел.: _____<br>ИНН 3801013896, КПП 380101001, ОГРН 1023800517410; Банковские реквизиты: |  |                      |
| <b>СТРАХОВАТЕЛЬ</b>                      | <b>Ф.И.О.*</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | <b>Дата рождения</b> |
|                                          | <b>Пол</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | <b>Гражданство</b>   |
|                                          | Данные документа, удостоверяющего личность:                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                      |
|                                          | Адрес регистрации, тел.; e-mail                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                      |
| <b>Дополнительно для Страхователя ИП</b> | Данные документа, подтверждающего факт внесения в ЕГРИП                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                      |
|                                          | Дата регистрации в качестве ИП                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                      |

|                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------|
| Для Страхователей –<br>юридических лиц                                                                                                                                                                                          | Полное и сокращенное наименование с указанием организационно-правовой формы                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |               |
|                                                                                                                                                                                                                                 | ИНН                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                  | Адрес местонахождения      |               |
|                                                                                                                                                                                                                                 | Телефон, e-mail                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                  | Подписант (Должность, ФИО) |               |
| ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО                                                                                                                                                                                                             | Ф.И.О.*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            | Дата рождения |
|                                                                                                                                                                                                                                 | Пол                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                  | Гражданство                |               |
|                                                                                                                                                                                                                                 | Данные документа, удостоверяющего личность:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |               |
|                                                                                                                                                                                                                                 | адрес регистрации, тел., e-mail                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |               |
|                                                                                                                                                                                                                                 | Регион действия патента                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |               |
| СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ                                                                                                                                                                                                                | Обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение за получением первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |               |
| ПРОГРАММА ДМС                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Базовый объем медицинских услуг<br><input type="checkbox"/> Дополнительные виды услуг к базовому объему                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |               |
| СТРАХОВАЯ СУММА, руб.                                                                                                                                                                                                           | Базовый объем медицинских услуг                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |               |
|                                                                                                                                                                                                                                 | Дополнительные виды услуг к базовому объему                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |               |
| СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ                                                                                                                                                                                                                | Порядок уплаты страховой премии:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |               |
|                                                                                                                                                                                                                                 | Сумма к оплате, руб.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |               |
| ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |               |
| СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА                                                                                                                                                                                                          | с 00 час. 00 мин. «___» _____ 20__ г. по 24 час. 00 мин «___» _____ 20__ г.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |               |
| ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ                                                                                                                                                                                                                  | 1. Вся необходимая информация о Страховщике, об условиях страхования, в том числе Правила страхования, на основании которых заключен настоящий Договор страхования (полис), доступны для ознакомления на официальном сайте Страховщика: <a href="http://www.solidsk.ru">www.solidsk.ru</a> .<br>2. Страхователь подтверждает, что согласен на заключение настоящего договора страхования с использованием Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи и печати.<br>3. Настоящим Страхователь (Застрахованное лицо) дает согласие на обработку, хранение и иное использование своих персональных данных и данных иных Застрахованных лиц, указанных в настоящем полисе в целях исполнения обязательств по настоящему полису Страховщиком и его представителями, предоставления Страхователю (Выгодоприобретателю) информации о страховых продуктах Страховщика и о продуктах (услугах) его партнеров, в том числе путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи, включая направление смс-сообщений, сообщений по электронной почте, а также в иных целях, не запрещенных законодательством, согласно Федеральному закону от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных». |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |               |
| СТРАХОВЩИК:                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | СТРАХОВАТЕЛЬ: Сведения, указанные в настоящем договоре страхования (полисе) подтверждаю. С условиями настоящего Договора страхования (полиса), Правил страхования, Программы страхования ознакомлен и согласен, экземпляр Программы страхования на руки получил. |                            |               |
| / /                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | / /                                                                                                                                                                                                                                                              |                            |               |
| м.п.                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |               |
| Дата заполнения полиса: ____ . ____ . ____ г.                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |               |
| *Для иностранных лиц и лиц без гражданства сведения указываются также с помощью букв латинского алфавита на основании данные, содержащихся в документе удостоверяющем личность иностранного гражданина или лица без гражданства |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО (Законный представитель):<br>_____/_____/                                                                                                                                                                                                    |                            |               |

Приложение № 4

к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

Генеральному директору  
АО «Страховая Компания «СОЛИДАРНОСТЬ»

### ЗАЯВЛЕНИЕ<sup>1</sup>

Прошу заключить коллективный договор добровольного медицинского страхования работников, являющихся трудовыми мигрантами, на основании Правил добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, с учетом ниже приведенной информации:

|                                                                           |                                 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>1. СТРАХОВАТЕЛЬ:</b>                                                   |                                 |
| Юридический адрес:                                                        |                                 |
| Фактический адрес:                                                        |                                 |
| ИНН/КПП                                                                   |                                 |
| Банковские реквизиты:                                                     |                                 |
| E-mail:                                                                   |                                 |
| Контакты ответственного лица<br>(представителя) Страхователя:             | ФИО, должность, телефон, e-mail |
| 1.2. Характер деятельности<br>Страхователя                                |                                 |
| 1.2.1. виды работ, осуществляемые<br>Застрахованными лицами               |                                 |
| <b>2. ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА</b> - согласно прилагаемому списку              |                                 |
| 2.2. Дополнительные сведения. Кто либо из лиц, заявленных на страхование: |                                 |

<sup>1</sup> Данный документ является типовой формой. Страховщик вправе вносить в типовую форму и ее текст любые изменения и/или дополнения в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и Правилам страхования, в частности видоизменять содержание разделов настоящей типовой формы, их количество и конкретные поля, предусмотренные для заполнения

|                                                                                                                                                                                              |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 2.2.1. является инвалидом                                                                                                                                                                    |  |
| 2.2.2. состоит на учете в психоневрологическом диспансере                                                                                                                                    |  |
| 2.2.3. состоит на учете в наркологическом диспансере                                                                                                                                         |  |
| 2.2.4. занимается профессиональным спортом                                                                                                                                                   |  |
| 2.2.5. имеется ли угроза жизни или здоровью со стороны третьих лиц                                                                                                                           |  |
| 2.2.6. имеет хронические заболевания                                                                                                                                                         |  |
| 2.7.8. Иные сведения                                                                                                                                                                         |  |
| <b>3. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ – Согласно действующему законодательству РФ</b>                                                                                                                     |  |
| <b>4. СРОК СТРАХОВАНИЯ</b>                                                                                                                                                                   |  |
| <b>5. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ</b>                                                                                                                                                             |  |
| <b>6. СТРАХОВЫЕ РИСКИ \ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ</b> (выбранный риск отметить знаком «V»)                                                                                                       |  |
| • Базовый объем медицинских услуг                                                                                                                                                            |  |
| • Дополнительные виды услуг к базовому объему (репатриация)                                                                                                                                  |  |
| <b>7. СТРАХОВАЯ СУММА</b> _____ на каждого застрахованного                                                                                                                                   |  |
| <b>8. ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ:</b>                                                                                                                                                   |  |
| Сообщенные мною в Заявлении сведения являются полными и достоверными. Я предупрежден, что в случае сообщения мной заведомо ложных сведений, договор страхования признается недействительным. |  |
| Страхователь:<br>_____/_____/_____<br>м.п                                                                                                                                                    |  |

Приложение №1  
К Заявлению на страхование

### СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

| № п/п | ФИО | пол | Дата рождения | Гражданство | Данные документа, удостоверяющего личность | Регистрация (дата и место) | Телефон, e-mail | Страховая сумма |
|-------|-----|-----|---------------|-------------|--------------------------------------------|----------------------------|-----------------|-----------------|
|       |     |     |               |             |                                            |                            |                 |                 |
|       |     |     |               |             |                                            |                            |                 |                 |

Всего Застрахованных: \_\_\_\_\_.  
Общая страховая сумма: \_\_\_\_\_

Во исполнение ФЗ «О персональных данных» №152-ФЗ от 27.07.2006г, Застрахованные лица информированы через Страхователя о том, что в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, связанных со страхованием граждан, АО «Страховая Компания «СОЛИДАРНОСТЬ» осуществляет обработку персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения, сведения о месте проживания, сведения о состоянии здоровья, а также других сведений, связанных с исполнением договора страхования. Субъект персональных данных имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных, уточнения данных, их блокирование или уничтожение, принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав, а также иные права, предусмотренные ФЗ «О персональных данных» №152-ФЗ от 27.07.2006 г. Обработка персональных данных осуществляется работниками оператора без привлечения Третьих лиц.

Страхователь:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
М.П